

【認定調査受付票】

下記の内容を参考に、認定調査の日程調整等を行います。

なお、申請状況によっては、日程等ご希望にそえない場合もございます。ご理解ご協力をお願い致します。

1. 認定調査について必要事項をご記入ください。

日程調整の連絡者	<input type="radio"/> 本人 ・ <input type="radio"/> 本人以外 ➡ 氏名 () 続柄 ()		
連絡する時間帯	<input type="radio"/> いつでも可 ・ (~) ※平日 8:30~17:00 までの時間帯をお願いします。	連絡先	① 自宅・携帯・職場
立会人	<input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 (連絡者と異なる場合: 氏名 続柄) ↳ ※連絡者が立会人に調査日時を連絡してください。		② 自宅・携帯・職場
調査先	<input type="radio"/> 自宅 ・ <input type="radio"/> 施設 ・ <input type="radio"/> 病院 (施設・病院名 TEL) ↳ 駐車場の有無について 有 ・ 無		

2. 認定調査にあたり、希望する曜日及び時間にをしてください。

また、特に希望のない場合は右のにをしてください。 いつでもよい。

(1)曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日

(2)時間 午前 午後

※ 調査開始の最終時間は 15 時です。

3. 在宅サービスを利用している場合、当該月の介護保険サービスの利用状況についてご記入ください。ご不明の場合は、認定調査時に聞きとりします。

(1)住宅改修 未・済 (6)デイサービス 週 回

(2)福祉用具レンタル (申請日時点) _____ 品目 (7)デイケア 週 回

(3)福祉用具購入 (過去6ヶ月に購入した品目) _____ 品目

(4)小規模多機能型居宅介護 週 日 (8)ショートステイ 有・無

(5)ヘルパー 週 回 (9)訪問看護 週 回

(10)その他 (訪問リハビリ ・ 居宅療養管理指導 ・ 他 ())

4. その他、認定調査に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。

5. 今回の介護保険の申請理由は、交通事故等（第三者による行為）を原因とするものですか。あてはまるものに○をしてください。

はい ・ いいえ

【保険者記入欄】

申請日 /	被保険者番号		氏名	
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更	
保険証回収	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再交付申請書徴求済	
感染症対応説明	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	聞き取りカード	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
アンケート回収	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要		